

Les hémorragies du post-partum

Mise en place d'une politique régionale
de prise en charge

Laure CONNAN



Introduction

● **Définition** HPP: perte sanguine ≥ 500 ml dans les 24h qui suivent la naissance (5%) pour un accouchement voie basse (et > 1000 ml pour une césarienne)

○ Problème de la définition !

- Perte sanguine de plus de 500 ou 1000 ml = référence !

Caractère subjectif de cette appréciation en l'absence d'utilisation de sac de recueil

Nécessité d'utilisation du sac +++

- Anomalie du bilan biologique :

- ↓ hématicrite
- perturbation du bilan de coagulation mais souvent approche rétrospective

- Hémorragie nécessitant une prise en charge active

- Transfusion sanguine, ...

Évaluation clinique subjective !!!

HÉMORRAGIE POSTPARTUM : OBSERVATIONS CLINIQUES				
Degré de choc				
	Compensation	Légère	Modérée	Grave
Pertes sanguines	500-1000 ml 10-15 %	1000-1500 ml 15-25 %	1500-2000 ml 25-35 %	2000-3000 ml 35-45 %
Changement de la tension artérielle (pression systolique)	aucune (80-100 mm Hg)	chute légère (70-80 mm Hg)	chute sensible (50-70 mm Hg)	effondrement
Symptômes et signes	palpitations étourdissements tachycardie	faiblesse sudation tachycardie	agitation pâleur oligurie	collapsus respiration de Kussmaul anurie

Introduction

- Seuil de morbidité: saignement > 1000 ml = HPP sévères (1,3%) et HPP graves 0,7%
- Hémorragies menaçant la vie: 1/1000
 - Maternité moyenne (1000 acc/an): 1 cas par an
 - Un obstétricien (200 accouchements par an) finalement sera confronter à cette situation tous les 5 ans
- **Mortalité maternelle 10/100 000**
- **HPP = 1^{ère} cause de mortalité maternelle en France**
17% si on exclut les hémorragies du 1^{er} trimestre (vs 5% chez les anglais)
- Réseau Maternip
→ programme de gestion des risques sur les HPP qui a démarré en 2004

Diagnostic et prise en charge

- Pas de facteurs prédictifs
- Diagnostic clinique sur des signes plus ou moins subjectifs → sac de recueil ++
- Prise en charge immédiate
 - Prévenir l'équipe de garde complète
 - l'anesthésiste (Mise en alerte du CTS en sachant que la transmission par fax est conforme)
 - l'obstétricien
 - du laboratoire
 - Mettre en place une surveillance par dynamap, scope, saturation Vérifier la voie veineuse et débiter le remplissage par cristalloïdes
 - Préparer les GESTES SYSTEMATIQUES
 - oxygénation - sondage vésical
 - Révision Utérine même si le placenta semble complet
 - examen minutieux du col et des parties molles sous valves
 - Syntocinon® 5 à 10 UI en IVD et 10 UI dans 250 ml de Glucosé à 5%
 - massage-compression continu du fond utérin pendant plusieurs minutes
 - antibioprofylaxie à large spectre

Diagnostic et prise en charge

- ***CAT si persiste au bout de 20 min***

- Débuter le traitement par Sulprostone - NALADOR® en perfusion
- Poursuite du traitement hémodynamique, de la demande d'examens biologiques et de l'utilisation des produits sanguins coordonnées par l'anesthésiste
 - PFC (10 à 15 ml/kg) +/- fibrinogène (Clottagen®), si troubles cliniques ou biologiques de la coagulation (TP < 35-40%) et alors, laisser le cathéter de péridurale en place
 - O² nasal +/- intubation oro-trachéale
 - transfusion globulaire phénotypé
 - *Transfusion Plaquettaire* (1 U/7-10 Kg) si plaquettes < 50 000 et hémorragie active
- **Gestes spécifiques : massage utérin de la compression utérine permanente (++++), 2ème RU (surtout si utérus volumineux) et un 2ème examen sous valves**

Diagnostic et prise en charge

- **EN L'ABSENCE D'EFFICACITE APRES 30 MINUTES ENVIRON DE NALADOR, IL FAUT ENVISAGER **UN GESTE INVASIF****
 - **Embolisation**
 - **chirurgie invasive**



Attention au facteur TEMPS

Rappel Recommandations pour HPP après AVB

Diagnostic précoce (sac de recueil)

M1 → RU, Filière
→ Synto rapide, massage
→ noter l'heure

M2 → Nalador
→ compensation et réanimation
→ noter l'heure

M3 → gestes invasifs
→ compensation et réanimation

15 min

15 à 30
min

30 min



Programme « GDR » de MATERMIP

Améliorer la qualité et la sécurité des soins dans tous les établissements volontaires du réseau (28 maternités de la région +++)

○ « État des lieux » en 2005

- Enquête sur les habitudes et pratiques

60% des équipes n'ont pas de protocole pour la surveillance de la délivrance normale

10 % n'ont pas de protocole...

- Étude rétrospective des HPP sur 2004 (99 dossiers)

- Critères d'inclusion:

HPP survenues entre naissance et 42ième jour post partum

Au moins 1 transfusion sanguine

99 cas sur 28401 accouchements

Prévalence **0,35%**

Programme « GDR »

- Analyse et diffusion de référentiels et d'outils
(améliorations éventuelles médicales et/ou organisationnelles)
 - Conférence de consensus du CNGOF de décembre 2004
→ **Protocoles** pour la délivrance normale et la CAT en cas d'HPP
 - Fiches de surveillance spécifiques
 - Sur PDV, une obstétricale et une anesthésique +++
 - Différents outils:
 - Magnet sur le Nalador
 - Fiche de surveillance à destination des IDE en SSPI
 - Film sur les traitements chirurgicaux conservateurs



Le Nalador® se trouve dans ce réfrigérateur

Outil d'aide à l'utilisation dans l'hémorragie du post-partum par atonie utérine

- **ARRÊT DE L'OCYTOCINE**
Evaluation de l'état cardiologique (ECG proposé, mais sans retarder la mise en place du produit)

TOUJOURS UNE PERFUSION IV STRICTE AU PSE

1

- *Première ampoule 500 µg* sulprostone sur au moins 1 h :
Soit débit continu, soit ↗ **progressive** : par ex., une amp. diluée dans 50 ml chloruré isotonique, **débuter à 10 ml /h puis ↗ par palier de 10ml/h toutes les 5 mn** (débit max de 50 ml/h atteint en 30mn)
Dès que l'efficacité est obtenue, le débit peut être ramené à 10ml/h

2

Accord de l'obstétricien et de l'anesthésiste à chaque nouvelle ampoule

3

- *Deuxième ampoule* : PSE de 10 ml/h soit une ampoule sur 5 h
- *Troisième ampoule* : non systématique, PSE de 4 ml/h soit cette dernière ampoule sur 12 h
Poursuivre le monitoring cardiovasculaire 2 h après l'arrêt de la sulprostone

⚠ DÉTECTER LES EFFETS INDÉSIRABLES DE FAÇON PRÉCOCE

- Evoquer le spasme coronarien en cas de douleur thoracique, troubles du rythme, hypotension importante, perte de connaissance ou collapsus cardiovasculaire (dosage de la Troponine à discuter)
- Hyperthermie, frissons, troubles digestifs fréquents et ne justifient pas d'explorations complémentaires

RÉÉVALUATION PERMANENTE DU BÉNÉFICE / RISQUE DANS LES CAS SUIVANTS
Antécédents et affections cardiovasculaires, asthme sévère ou bronchite asthmatiforme aiguë, femmes de plus de 35 ans, antécédents thromboemboliques, IRénale ou Hépatique sévère, femmes fumeuses ou ayant arrêté depuis moins de 2 ans

Magnet Nalador

Distribué dans toutes les maternités de MP



Risque d'hémorragie du post-partum immédiat (à l'usage des IDE en salle de réveil)

Facteurs de risque

ACCOUCHEMENT

- Accouchement hémorragique en salle de naissance
- Manœuvres obstétricales ou instrumentales
- Césarienne difficile ou hémorragique
- Atonie utérine

CONTEXTE

- Multiparité ≥ 3
- Utérus distendu (grossesse multiple, gros enfant, hydramnios)
- Contexte infectieux

ANTÉCÉDENTS

- Antécédent d'hémorragie du post-partum
- Anomalies de la coagulation
- Traitement anticoagulant au long cours

Alertes

CHOC

- Tachycardie
- Hypotension
- Pâleur
- Sueur
- Sensation de soif

SAIGNEMENTS

- En jet
- Evacuation de gros caillots
- Garniture remplie en moins de 15 minutes
- Tache supérieure à 10 cm sur l'«absorbex» sous 2 garnitures

UTERUS

- Trop gros / douloureux (vérifier la vacuité vésicale)
- Trop mou (comme une éponge)



Si au moins un signe d'alerte : **ALLO D'URGENCE EQUIPE OBSTETRICALE ET ANESTHESIQUE DE GARDE :**

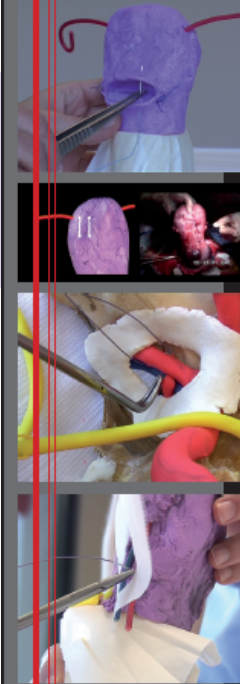
• Obstétricien :

• Sage-femme :

• Anesthésiste :

Réalisation d'un Outil Pédagogique

- **Constat** : un grand nombre d'hystérectomie d'hémostase est réalisée sans tentative préalable de traitement conservateur (70%).
- **Limites** au traitement conservateur: techniques nombreuses, actualisation régulière dans la littérature.
- **Proposition** du réseau MATERMIP :
 - A la demande de certains praticiens de la région
 - Réalisation d'un **film illustrant les différentes techniques chirurgicales conservatrices**
- Un 2^{ème} film sur les trucs et astuces de l'HST d'hémostase et en cours de préparation



**HÉMORRAGIE
DU POST-PARTUM**

**TRAITEMENTS
CONSERVATEURS**

Film présenté par le réseau MATERMIP



Comparaison entre les deux études 2004 - 2007

- Amélioration à l'issue de cette démarche de GDR ??
 - Diagnostic plus précoce → sac de recueil, sensibilisation des équipes +++
 - Systématisation des gestes indispensables (RU, examen sous valves)
 - Meilleure prise en charge ?
 - moins de transfusions massives (respect du protocole??, action plus rapide..)
- Effort à poursuivre avec pérennisation du recueil et abord du côté organisationnel

Programme « GDR »



- Accompagnement à la réalisation d'audit clinique interne sur le thème des HPP
 - 15 établissements
- Mise en place de RMM (méthode HAS)
 - régionale
 - au sein des établissements

Modifications de pratiques organisationnelles spécifiques

Poursuite de la démarche de GDR



FICHE RECUEIL HPP

2009

Critères d'inclusion : Hémorragies graves du post partum < 42 jours, après un accouchement d'un fœtus vivant ou mort d'au moins 22 SA et/ou 500g et ayant nécessité :

- soit une transfusion sanguine ou produits dérivés du sang,
- soit une co-intervention (gestes chirurgicaux d'hémostase et/ou embolisation),

soit une hospitalisation en réanimation

I - IDENTIFICATION

Les renseignements ci-dessous seront anonymisés dès que le dossier sera complet

NOM : Prénom : Age :

Etablissement :

Autre Etabliss^t (si transfert avant ou après l'HPP) :

II - QUESTIONS SUR CONTEXTE AVANT EVENEMENT

Facteurs de risque d'hémorragie avant l'accouch^t

- non
- Facteurs reconnus
- utérus cicatriciel
 - antcd d'HPP
 - P praevia
 - nbre CS prénat < 3

Autres à préciser :

Mode d'accouchement

- VBS
- Extraction instrumentale
- Césarienne programmée
- Césarienne en cours de travail
- Césarienne en urgence avant travail

Déclenchement artificiel

- non oui

III - QUESTIONS SUR L'EVENEMENT

Date et heure de l'accouchement (cad date de naissance de l'enfant ou de J1 en cas de grossesse multiple)

Jour : heure :

S'agissait-il d'une « période vulnérable » ? non oui

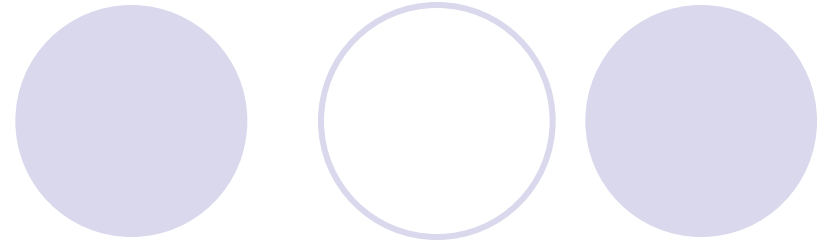
Si oui → changement d'équipe WE ou jour férié

Autre, à préciser :

- Pérennisation du recueil des HPP graves depuis 2009

- Fiche de recueil simplifiée
- Toujours contrôle de l'exhaustivité par l'EFS (TS)

Données 2009



- En cours d'analyse

○ 117 dossiers recensés

→ 0,37%

- 70 avec une PEC optimale
- 47 avec une PEC non optimale

Conclusion



- Problème de santé publique majeur +++
- Mortalité et morbidité sévère à suivre
- Prise en charge médicale bien codifié et connu de tous
 - EN PRATIQUE
 - actions d'amélioration organisationnelles à trouver souvent au sein de chaque établissement pour gérer au mieux cette **course contre la montre**